

¿Qué médico de familia/general queremos formar y en cuántos años?

Un ejercicio docente, un texto para debate

Juan Gérvas, Doctor en Medicina, exprofesor de salud pública (Universidad Johns Hopkins de Baltimores, Autónoma de Madrid y Escuela Nacional de Sanidad de España), médico general rural jubilado, Equipo CESCA, Madrid, España. jjgervas@gmail.com
<https://t.me/gervassalud> @JuanGrvas

La cuestión

En Canadá se discute si añadir un año a los dos de residencia en medicina de familia. En Brasil también, proponiendo que el tercer año se dedique a la especialización en algún campo concreto, como paliativos. En España la residencia fue de dos años inicialmente para pasar después a tres, y en la actualidad a cuatro.

Por la experiencia canadiense, sabemos que añadir años a la residencia disminuye el número de especialistas y no tiene impacto en la calidad clínica.

¿Qué médico de familia/general queremos formar?

Queremos formar un médico de familia/general que sea muy accesible, flexible, polivalente y resolutivo, capaz de ocuparse de los problemas frecuentes y de coordinarse con los especialistas focales para responder a los problemas infrecuentes.

Es decir, un médico que:

- 1/ nade como pez en el agua ante la incertidumbre clínica (el rechazo a la tiranía del diagnóstico),
- 2/ sepa controlar el tiempo clínico, y
- 3/ disfrute con el trabajo a domicilio y en la comunidad.

Características básica del médico de familia/general

Por tanto precisamos formar un médico de familia que:

- 1/ se comprometa con el profesionalismo y con la sociedad,
- 2/ ofrezca servicios polivalentes y apropiados para resolver los problemas más frecuentes en la comunidad a la que sirva (y en la que idealmente viva) y
- 3/ tenga alegría y sano orgullo de trabajar en su "oficio".

Tres-cuatro (3-4) años de pregrado y uno-dos (1-2) de residencia

Este médico lo podríamos formar con tres-cuatro años de pregrado, y con uno-dos de postgrado, si empleamos las nuevas metodologías pedagógicas y si lo mantenemos inmerso en la atención primaria, con ocasionales contactos con la atención hospitalaria y los especialistas focales. Durante dicha formación ayudaría el

- 1/ trabajo en pequeños grupos en equipo,
- 2/ empleo de pedagogía inversa y
- 3/ aprendizaje de resolución de problemas, en teoría y en la práctica.

Es decir, no habría que pensar en añadir un año más a la especialización que ya es de dos años en Canadá y Brasil y era de tres en España, sino quizá disminuirla hasta dejar la residencia en un total de un (1) año.

De ninguna manera conviene la subespecialización, ni en la residencia ni en la práctica clínica (por ejemplo, en diabetes, cirugía menor, paliativos, Alzheimer, etc) pues precisamos un médico generalista con visión estereoscópica e inteligencia global, un Ulises. No precisamos un cíclope de visión focal con inteligencia parcial, un Polifemo. Además, por la experiencia británica, sabemos que la subespecialización no tiene ningún beneficio clínico.

Respuesta a los errores

El médico de familia que queremos formar es un médico generalista capaz de trabajar en situaciones reales de restricción de recursos y de tomar decisiones rápidas y generalmente acertadas. Especialmente tiene que tener excelente formación para dar respuesta a los errores:

- 1/ identificarlos,
- 2/ explicar los porqués y cómo al paciente/familia,
- 3/ pedir perdón,
- 4/ reparar el daño en lo que se pueda, y
- 5/ tomar medidas para evitar su repetición.

Ejercicio

Este es un ejercicio para realizar en casa.

Por favor, lea el texto y la bibliografía.

Conteste después a las preguntas para el debate enviando las respuestas con el asunto “¿Qué médico de familia/general queremos formar y en cuántos años?” a jjgervas@gmail.com, con un pequeño relato vital suyo (formación, ocupación actual,

aficiones, dominio de idiomas, etc)

1/ ¿En qué cree que falla más el proceso de aprendizaje para llegar a ser un buen médico de familia, en el pregrado y en la residencia?

2/ ¿Tiene experiencia personal de haber tenido un buen tutor-preceptor en la residencia de medicina de familia? ¿Qué características le atribuye para considerarlo “buen tutor-preceptor”?

3/ La calidad médica es científica-técnica y “humana”. ¿Qué actividades y métodos se pueden emplear para promover y mantener las dos calidades?

4/ ¿Por qué es un error la “subespecialización” de los médicos de familia?

Lecturas recomendadas:

-Todos especialistas (3). Ser Polifemo o ser Ulises. España

https://www.espaciosanitario.com/opinion/el-mirador/todos-especialistas-3-ser-polifemo-o-ser-ulises-espana_1347696_102.html

-Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services

<https://www.gacetasanitaria.org/en-linkresolver-primary-care-an-increasingly-important-S0213911111003876>

-General Practitioners with Special Interests in the UK

<http://equipocesca.org/family-medicine-should-encourage-its-clinicians-to-subspecialize-negative-position/>

-Gestión de la consulta

<http://equipocesca.org/gestion-de-la-consulta/>

-La necesaria transformación de los médicos: de nadadores en piscina a nadadores en el ancho mar

<http://equipocesca.org/la-necesaria-transformacion-de-los-medicos-de-nadadores-en-piscina-a-nadadores-en-el-ancho-mar/>

-Should family medicine residents in Canada do a third year of training?

<https://www.cfp.ca/content/69/8/520>

-Effects of extending residencies on the supply and quality of family medicine practitioners; difference-in-differences evidence from the implementation of mandatory family medicine residencies in Canada

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.4782>